

PNEUMOPATHIE PERSISTANTE ET EXCAVEE NON TUBERCULEUSE CHEZ UN PATIENT INFECTE PAR LE VIH : Rôle de candida ?

T Daix¹, K, Domoua¹, A Bakayoko¹, AS Diabaté², E Ehui³, Z Koné¹, D Bangoura¹, E Tiémélé¹, G Coulibaly¹, A Yapi¹

(1) Service de Pneumo-phtisiologie, C.H.U. de Treichville, Abidjan ; (2) Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale, C.H.U. de Treichville, Abidjan ; (3) Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, C.H.U. de Treichville, Abidjan

RESUME

Les mycoses sont une cause peu commune de pneumopathie. Dans certaines circonstances favorables, elles peuvent être à l'origine de tableaux cliniques et radiologiques trompeurs, pouvant faire errer le diagnostic.

Mots-clés : Pneumopathie -Candida - VIH- lymphocyteTCD4.

SUMMARY

Fungal agents are not common cause of pneumonia. In favorable conditions mycosis can cause atypical clinical and radiographic figures. Authors report the observation of a 45 years and VIH-positive patient presenting a persistent and excavating pneumonia probably caused by *Candida albicans*.

Key-words: Pneumonia- Candida-HIV- TCD4 lymphocyte count.

Tiré à part à : Daix Thomas à l'adresse ci-dessous:

Service de Pneumo-phtisiologie, C.H.U. de Treichville BPV 3 Abidjan, Côte d'Ivoire

E-mail : ackdaix@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les *Candida* sont des levures saprophytes de la cavité buccale et du tube digestif de l'homme qui deviennent pathogènes à l'occasion de circonstances favorisant (corticothérapie au long cours, leucopénie, greffe d'organes...) (1).

L'atteinte mycosique du poumon est peu habituelle et classiquement causée par les champignons du genre *Aspergillus* (2), plus rarement *Candida*. Dans ce dernier cas, elle survient dans un contexte d'immunodépression profonde (3). Cependant, la découverte d'un prélèvement bronchique positif à *Candida* soulève le problème de la responsabilité de cet agent infectieux (4).

OBSERVATION

Un homme de 45 ans, non fumeur, déplacé de guerre à Abidjan, est admis dans le service de Pneumophtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville à Abidjan en Côte d'Ivoire en Octobre 2007, pour une hémoptysie de moyenne abondance et une dyspnée survenues brutalement le jour même. Ce patient était suivi en consultation externe pour une tuberculose pulmonaire à microscopie négative en traitement depuis 34 jours. L'aspect de la radiographie à l'initiation du traitement antituberculeux est présenté par la photo 1. Le patient a été hospitalisé deux années auparavant dans le même service pour une pneumopathie droite présumée bactérienne d'évolution clinique favorable. Il est séropositif pour le VIH₁ non traitée par les antirétroviraux et sans prophylaxie par le cotrimoxazole. L'examen

physique à l'admission notait un mauvais état général (IMC= 14,7), une fièvre à 39,5 ° C, un foyer de condensation du tiers moyen du poumon gauche et une absence de muguet buccal. La radiographie thoracique standard montre une majoration des lésions par rapport au cliché à l'initiation du traitement antituberculeux (photo 2). La numération objective une anémie hypochrome microcytaire à 7,9 g/dl d'hémoglobine, des globules blancs à 9.500/mm³ avec des lymphocytes TCD4 à 160/mm³ et un rapport CD4/CD8 à 1,75.

Les bascilloscopies répétées dans les expectorations après coloration de Zielh-Neelsen étaient négatives à nouveau. La fibroscopie bronchique situait l'origine du saignement dans la bronche segmentaire apicale gauche, sans lésion endoluminale ni sténose. L'examen mycologique du produit d'aspiration bronchique avec culture sur gélose de Sabouraud montrait de très nombreux filaments mycosiques avec identification de *Candida albicans*. Les hémocultures isolaient également des colonies de levures du genre *Candida* dont l'antifongogramme révélait une sensibilité de la souche micellaire à l'itraconazole. Le bilan d'extension urinaire (ECBU) et l'examen ophtalmologique (fond d'œil) était négatif. La recherche sérologique d'autres mycoses (*aspergillus* et *cryptococcus*) était négative; Les antigènes de *Candida* et d'*Histoplasma* dans le sang n'ont pas été recherchés car non disponible. La culture du produit de l'aspiration bronchique sur milieu de Loewenstein-Jensen est restée stérile.

Au terme du bilan étiologique, la possibilité d'une pneumopathie à *Candida albicans* a été envisagée. Le traitement antituberculeux est arrêté et remplacé par l'itraconazole à 400 mg en 2 prises orales journalières associé à un traitement hémostatique, un traitement antirétroviral (azidovudine-lamuvudine-indinavir) et une prophylaxie anti-infectieuse par le cotrimoxazole fort (1 comprimé/ jour) après correction de l'anémie. Après trois mois de ce traitement, l'évolution était jugée satisfaisante devant la disparition complète des saignements bronchiques, une opacité radiologique en bande séquellaire (figure 3) et une remontée des lymphocytes CD₄ à 210/mm³. A la faveur de l'amélioration du contexte socio-politique en Côte d'Ivoire, le patient est retourné dans sa ville de résidence habituelle et n'a plus jamais consulté dans notre service.

COMMENTAIRES

Le genre *Candida* regroupe plusieurs centaines d'espèces. *Candida albicans* est l'espèce la plus souvent en cause en pathologie humaine : 70 à 75 % des cas (1). La positivité d'un prélèvement broncho-pulmonaire à *Candida* est une situation fréquente et pose le difficile problème de la distinction entre une authentique pneumonie à *Candida* et une pneumonie d'autre origine dans laquelle le *Candida* ne joue qu'un rôle accessoire, notamment une simple colonisation du patient (3, 4). En effet, *Candida* est un saprophyte des muqueuses digestives et l'atteinte pulmonaire est exceptionnelle. Elle peut se rencontrer dans le cadre d'une immunodépression profonde, notamment au cours de l'infection à VIH dont elle peut être révélatrice (5, 6). L'atteinte broncho-pulmonaire par *Candida* peut provoquer chez l'adulte des tableaux cliniques variables ; notamment une pneumopathie chronique, comme c'est le cas dans cette observation. L'hémoptyisie en reste la principale circonstance de découverte (7) et les images radiologiques s'expriment habituellement par des nodules multiples en rapport avec une dissémination hémato-gène, plus rarement des opacités ou des abcès voire un épanchement pleural liquidien (8). Cette atteinte pulmonaire peut être secondaire à une infection ORL, provoquant des zones de condensation qui prédominent aux lobes inférieurs. Dans le cas présenté, l'opacité excavée et extensive a fait suspecter une tuberculose pulmonaire devant l'évolution prolongée de la symptomatologie et avait été à l'origine d'une rencontre de décision avec les radiologistes.

La tomodensitométrie thoracique non réalisée en raison de son coût élevé au-delà des ressources de notre malade, aurait permis de mieux préciser les anomalies du cliché thoracique standard.

D'autres mycoses comme l'aspergillose, la cryptococcose, l'histoplasmose à *histoplasma capsulatum* ou la coccidioidomycose (9) peuvent également provoquer une atteinte pulmonaire. La sérologie était négative pour *Aspergillus* et *Cryptococcus* chez notre patient, les *Candida* sont des levures à pousse rapide et envahissantes pouvant empêcher le développement d'autres champignons comme les cryptococques et les histoplasmes.

Bien qu'une histoplasmose pulmonaire n'ait pas été formellement éliminée, ce diagnostic a été écarté car l'histoplasmose donne classiquement à la radiographie du thorax des infiltrats bilatéraux diffus ou micronodulaires de type pneumopathie interstitielle qui ne sont pas retrouvés dans le cas présent.

Le diagnostic de candidose pulmonaire a été considéré comme probable a posteriori sur les résultats de l'examen mycologique, sur la sévérité de l'immunodépression et sur l'évolution favorable sous itraconazole.

Le cas que nous présentons illustre bien les difficultés de rattachement à *Candida* d'un prélèvement broncho-pulmonaire, surtout dans le contexte de pays en développement où l'insuffisance du plateau technique limite fortement les possibilités d'exploration. Ces difficultés sont renforcées par l'impossibilité de la biopsie chirurgicale pulmonaire avec examen anatomo-pathologique qui représente le principal critère de certitude de l'infection mycosique pulmonaire (10).

CONCLUSION

La candidose broncho-pulmonaire apparaît comme une affection émergente en rapport avec l'infection VIH. Il s'agit d'une étiologie à évoquer devant une hyperthermie et une pneumopathie persistantes chez le sujet infecté par le VIH.

REFERENCE:

1. EHOLIE SP, N'GBOCHO L, BISSAGNENE E, COULIBALY M, EHUI E, EKRA O, AOUSSI E, KADIO A. Mycoses profondes au cours du SIDA à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Bull Soc Pathol Exot*, 1997; 90: 307-311.
2. ADOM AH, NIAMKEY EK, LOKROU A, DIALLO D, TOUTOU T, OUATTARA D, YANGNI AT, EHOLIE S, DOMOUA K, KADJO K, GROGA-BADA N, BEDA YB. Associations VIH-infections parasitaires et fongiques en Afrique : Aspects cliniques et

étiopathogéniques. *Médecine d'Afrique Noire*. 1992; 39: 587-593.

3. MASUR H, PETER ROSEN P, ARMSTRONG D. Pulmonary Disease Caused by *Candida* Species. *Am J Med* 1977; 63: 914-925.

4. AZOULAY E, MAYAUD C. Pneumopathie à candida: mythe ou réalité? *Rev Pneumol Clin* 1999; 5: 349-351.

5. RELLO J, ESANDI ME, DIAZ E, MARISCAL D, GALLEGRO M, VALLES J. The role of *Candida* Sp isolated from bronchoscopic samples in non neutropenic patients. *Chest* 1998; 114: 146-149.

6. PALMER LB, GREENBERG HE, SCHFF MJ. Corticosteroid treatment as a risk factor for invasive aspergillosis in patients with lung disease. *Thorax* 199; 46: 15-20.

7. DAIX T, DOMOUA K, COULIBALY G, BEUGRE-SY L, KONAN K, YAPI A. Hémoptysie révélatrice d'une association tuberculose et greffe aspergillaire chez une patiente VIH positive. *Médecine d'Afrique Noire*, 2002; 49; 562-564.

8. LEGMAN P, COQUEL P, GUARDT C, HAZEBRUCQ V, HOEFFEL C, PEUET B, CHALLEUX F, VIGNAT O. Scanner thoracique: *Guide pratique Masson Edit, Paris* 1996 : 233.

9. KOTLOFF RM, AHYA VN, CRAWFORD SW. Pulmonary complications of solid organ and hematopoietic stem cell transplantation. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 22-48.

10. ROZENBAUM W. Manifestations cliniques : atteintes pulmonaires. Impact Médecin. *Guide de l'infection VIH*.2001:54-8.



Figure 2: Majoration de la taille de l'opacité.



Figure 3: Opacité en bande hilo-axillaire séquellaire gauche avec adénomégalie médiastinale hilare gauche persistante.



Figure 1: Opacité annulaire avec de multiples excavations hilo-axillaire gauche et présence d'une adénomégalie médiastinale hilare homolatérale.